

Fobia Social: História natural e diagnóstico diferencial*

JOSÉ PACHECO**

INTRODUÇÃO

Pelo menos desde a Antiga Grécia (Hipócrates, Séc. IV a. C.), existem registos sobre a ocorrência de uma reacção ansiosa desproporcionada quando um ser humano se encontra na presença de outros seres da sua própria espécie.

Estas pessoas, homens e mulheres, manifestam aversão pela sociedade, receiam ver gente ou encontrar-se com muitas pessoas juntas ou, inclusive, isoladas.

Burton (Séc. XVII), na comunidade inglesa, notou idêntico tipo de reacção.

No entanto, só bastante mais tarde, na florescente etapa do desenvolvimento da Psiquiatria, que decorreu entre os finais do Século XIX e início do Século XX, é que começam a surgir descrições mais rigorosas e compreensivas deste tipo de perturbação.

Nessa época, Beard, nos Estados Unidos e Kraepelin, na Europa, contribuíram positivamente para uma melhor compreensão das reacções de angústia experimentadas por este tipo de paciente quando se encontra na presença de alguém (v.g. baixar a cabeça e os olhos, ter sentimentos de vergonha, fraqueza, incerteza, etc.).

Tais estados, então designados por «antropofobia», apresentavam uma ampla variedade e, fre-

quentemente, tinham consequências limitadoras para os seus portadores (v.g. renúncia de negócios, abandono do trabalho). Eram distinguidos do receio de estarem sozinhos (monofobia) e Kraepelin foi, talvez, o primeiro a chamar a atenção para a necessidade de considerar as reacções de ansiedade social aparentemente comuns:

«Os estados de angústia que aparecem quando os doentes se vêem objecto de atenção geral, principalmente nos discursos públicos, nas conferências, parecem mais compreensíveis para a experiência sã».

No entanto, só a partir dos anos sessenta (v.g. Marks e Gelder, 1966) é que começam a surgir investigações esparsas sobre a fobia social. A designação fobia social é formulada, com precisão, pela primeira vez por Marks (1970), ainda que, cautelarmente, o autor deixasse em aberto a possibilidade de esta entidade nosológica não se distinguir de outros estados fóbicos, em particular da agorafobia.

Esta formulação viria, posteriormente, a influenciar a DSM III (1980), bem como a sua revisão (DSM III R, 1987) e mais recentemente a revisão da ICD 10 (Sartorius *et al.*, 1988). No entanto, a importância atribuída a esta entidade nosológica nos sistemas de classificação psiquiátrica não foi correspondida no domínio da investigação. Ainda recentemente, numa excelente revisão sobre esta entidade clínica, Lebowitz *et al.* (1985) referiam que a fobia social era uma perturbação ansiosa «negligenciada».

As investigações sobre a história natural da perturbação são esparsas. No entanto, tem existido um

* Trabalho apresentado nas IV Jornadas Portuguesas de Terapia do Comportamento. Lisboa, 30 Jun., 1 e 2 Jul. 1988, Hospital Júlio de Matos.

** Psicólogo clínico no Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos.

relativo interesse na pesquisa de métodos de intervenção terapêutica com vista a eliminar ou suavizar o sofrimento que os fóbicos sociais experimentam. Anda que correndo o risco de utilizarmos dados de populações seleccionadas inadequadamente, tentaremos compreender neste trabalho alguns aspectos da história natural da perturbação, por vezes a partir de investigações em que o objectivo principal era testar a eficácia de um determinado método de intervenção terapêutica.

No domínio do diagnóstico diferencial, ainda existe muito território a desbravar; adicionalmente, no «interior» do próprio conceito existe necessidade de clarificar de forma mais exacta o conjunto de sintomas que o caracterizam bem como conceitos «periféricos» frequentemente utilizados como sinónimos (v.g. timidez excessiva, disfunção social, inadequação social, défice de aptidões sociais, distúrbio de evitação da personalidade).

1. PREVALÊNCIA

Myers *et al.* (1984) estudaram a prevalência da fobia social na população em geral, em duas populações urbanas, ao longo de seis meses.

Aparentemente, existia predomínio de mulheres (2%) em relação aos homens (1.3%) e verificavam-se diferenças sensíveis nas duas amostras consideradas não só ao nível da distribuição por sexos mas também na prevalência por estratos etários (ver quadro I). Esta investigação parece demonstrar que a fobia social é uma condição psicopatológica relativamente rara. A frequência registada é baixa e, para além disso, é provável que os valores registados tenham sido inflacionados por sujeitos que apenas manifestavam sinais de ansiedade social normal, bem como por outros em que as manifestações de fobia social faziam parte de outra perturbação (v.g. agorafobia).

QUADRO I

População em geral / Prevalência

POPULAÇÃO	N	ESTRATO ETÁRIO					MÉDIA	
		18 - 24	25 - 44	45 - 64	65 +			
1. HOMENS								
Baltimore	1322	2.3	2.1	0.8	1.5	1.7		
St. Louis	1202	0.3	1.1	0.3	0.1	0.9		1.3
2. MULHERES								
Baltimore	2159	4.3	2.7	1.8	1.9	2.6		
St. Louis	1802	2.2	2.3	0.6	0.3	1.5		2.

QUADRO II

Populações clínicas / Prevalência

(em percentagem)

PAÍS	INVESTIGAÇÃO	N.	FOBIA SOC.	AGORAF/P. PÂN.	OUTRAS
G. Bretanha	Marks, 1969	?	8.0	60.0	32.0
»	Marks, 1970	64	17.0	48.0	35.0
»	Marks e Gelder, 1966	135	18.5	62.2	22.2
»	Shafar, 1976	90	22.0	75.0	3.0
E.U.A.	Turner <i>et al.</i> , 1983	87	36.8	32.2	31.0
E.U.A.	DiNardo <i>et al.</i> , 1983	60	13.3	51.6	35.1
Suécia	Öst, 1987	370	21.6	27.0	51.4
Canadá	Solyom <i>et al.</i> , 1986	199	23.6	40.2	36.2
Índia	Raguram e Bhide, 1986	83	21.7	31.3	47.0
Portugal	SPC, 1986	49	6.2	89.8	4.1
		1137	21.5	43.2	35.3

A percentagem total não considera os estudos em que se desconhecia o N.

Outras fobias: Engloba fobia simples, fobia animal, fobia situacional, fobia escolar, fobia das doenças, do sangue, do dentista, claustrofobia, etc.

Nas populações clínicas, a fobia social representa cerca de um quarto de todas as perturbações fóbicas (ver quadro II) e é a segunda mais comum (em primeiro lugar surge a agorafobia).

2. DISTRIBUIÇÃO POR SEXOS

Os valores a seguir indicados mostram que para cada homem com fobia social existem duas mulheres com idêntica perturbação. Nas populações clínicas, a proporção de homens é superior à registada na população em geral mas ainda inferior à das mulheres (ver quadro III). Numa revisão de quinze investigações (Amies *et al.*, 1983; Butler *et al.*, 1984; Emmelkamp *et al.*, 1985; Liebowitz *et al.*, 1985b; Marks e Gelder, 1966; Mattick e Peters, 1988; Nicols, 1974; Parker, 1979; Persson e Nordlund, 1985; Shafar, 1976; Solyom *et al.*, 1986a; Turner *et al.*, 1986b) realizados na América do Norte, na Europa e na Austrália os homens representavam cerca de 46% e as mulheres cerca de 54%.

Estes valores contrariam a ideia expressa na revisão da DSM III (1987), onde se afirma que, nas populações clínicas, os homens são aparentemente mais comuns do que as mulheres. Nos estudos re-censeados, apenas num terço os homens são em número superior ao das mulheres.

Apesar da escassez de dados, existem alguns indicadores que nos levam a admitir que, fora da civilização ocidental, os homens que procuram ajuda clínica para a fobia social são predominantes em relação às mulheres. Por exemplo, na Índia (Raguram e Bhide, 1985) e na Arábia Saudita (Chaleby e Ziady, 1988) os homens parecem ser predominantes (94.4% e 80% respectivamente).

Nas populações clínicas, é necessário considerar cuidadosamente os valores encontrados na dis-

tribuição por sexos. Antes de mais porque o fóbico social define se é ou não importante receber ajuda terapêutica. Deste modo, é provável que o facto de a mulher desempenhar, frequentemente, papéis sociais de natureza mais passiva explique a existência de diferentes proporções de sujeitos do sexo feminino na população em geral e nas populações clínicas. Por seu turno, num plano mais específico, existe maior aceitabilidade social face à expressão de diversas formas de ansiedade social por sujeitos do sexo feminino (v.g. corar em público, passividade na interacção social, etc.) e, nalgumas situações, pode ser pouco provável que o evento gerador de embaraço possa ocorrer (v.g. urinar em público). Esta hipótese é consistente com os indicadores registados em culturas onde a mulher desempenha ainda um papel mais passivo do que na nossa sociedade.

3. IDADE DE INÍCIO E DURAÇÃO DA PERTURBAÇÃO

Para a população em geral, existe predomínio de fóbicos sociais entre os sujeitos mais jovens (ver quadro I). Isso parece indicar que, pelo menos para as formas menos severas, existe tendência para a perturbação diminuir com a idade.

Nas populações clínicas, a perturbação parece iniciar-se no fim da adolescência/início da juventude (ver quadro IV). Na revisão da DSM III (1987) admite-se que o início da perturbação ocorre no fim da infância/início da adolescência. Em nosso entender, não existe senão uma contradição aparente entre as duas hipóteses. Por um lado, nos raros estudos em que se procurou determinar a idade de início por estratos etários (Amies *et al.*, 1983; Marks, 1970; Öst, 1987; Persson e Nordlund, 1985) (ver quadro V) verificou-se que cerca de três

QUADRO III
Populações clínicas / Distribuição por sexos (valores em percentagem)

PAÍS	N.º ESTUDOS	N	HOMENS	VARIAÇÃO	MULHERES	VARIAÇÃO
G. Bretanha	7	282	49.3	40.0 - 63.3	50.7	36.6 - 60.0
E.U.A.	3	53	41.5	28.6 - 66.6	58.5	33.3 - 71.4
Suécia	2	74	32.4	26.2 - 40.6	67.6	59.4 - 73.8
Holanda	1	34	38.2	—	61.8	—
Canadá	1	47	53.0	—	47.0	—
Austrália	1	51	47.1	—	52.9	—
	15	541	45.7	26.2 - 66.6	54.3	33.3 - 73.8

QUADRO IV

Populações clínicas / Idade de início e duração da perturbação

PAÍS	N.º INVEST.	N	IDADE INIC.	DURAÇÃO
G. Bretanha	5	217	18.9	10.2
E.U.A.	2	36	17.8	13.0
Suécia	2	63	17.8	16.6
Holanda	1	34	20.0	11.0
Canadá	1	47	23.5	3.7
Austrália	1	51	20.9	15.8
	12	448	19.4	11.2

QUADRO V

Populações clínicas / Idade de aparecimento: estrato etário

ESTRATO ETÁRIO	G. BRETANHA		SUÉCIA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
- 5	1	0.9	0	—	1	0.4
5 - 9	10	8.9	7	6.3	17	7.6
10 - 14	25	22.3	35	29.7	58	26.0
15 - 19	33	29.5	35	31.5	68	30.5
20 - 24	18	16.1	21	18.9	39	17.5
25 - 29	9	8.0	5	4.5	14	6.3
30 - 34	10	8.9	8	7.2	18	8.1
35 - 39	4	3.6	0	—	4	1.8
40 - 44	1	0.9	1	0.9	2	0.9
45 e +	1	0.9	1	0.9	2	0.9
	112	—	111	—	223	—

G. Bretanha: Marks, 1970; Amies *et al.*, 1983. Suécia: Persson e Nordlund, 1985; Öst, 1987.

quartos dos casos tinha tido início entre os 10 e os 24 anos. Se estratificarmos os dados, verificamos que eles não são conclusivos em relação a um ou outro dos períodos considerados (26% para o fim da infância/início da adolescência e 30.5% para o fim da adolescência/início da juventude). Por outro lado, em rigor, seria necessário esclarecer o significado de «idade de início»; nuns casos, os autores referem-se aos sintomas prodrómicos e noutros reportam-se aos sintomas de natureza clínica.

Nos estudos referidos (Amies *et al.*, 1983; Butler *et al.*, 1984; Emmelkamp *et al.*, 1985; Liebowitz *et al.*, 1985b; Marks e Gelder, 1966; Mattick e Peters, 1988; Öst *et al.*, 1981; Parker, 1979; Persson e Nordlund, 1985; Shafar, 1976; Solyom *et al.*, 1986; Turner *et al.*, 1986a) parece existir tendência para considerar como início da perturbação os sinais de natureza clínica. Apenas numa destas investigações (Solyom *et al.*, 1986) se fez a distinção entre sinto-

mas prodrómicos (16.6 anos) e início da perturbação fóbica (23.5 anos).

A maioria dos estudos indica que a duração da perturbação tende, em média, a ultrapassar a dezena de anos. Nas populações clínicas (ver quadro IV) a duração média da perturbação era de 11.2 anos.

Esse facto fazia com que a média da idade no início do tratamento ultrapassasse os trinta anos (ver quadro VI). Em treze investigações (Amies *et al.*, 1983; Butler *et al.*, 1984; Emmelkamp *et al.*, 1985; Liebowitz *et al.*, 1985b; Marks e Gelder, 1966; Mattick e Peters, 1988; Öst *et al.*, 1981; Persson e Nordlund, 1985; Shafar, 1976; Shaw, 1979; Solyom *et al.*, 1986; Turner *et al.*, 1986a; Turner *et al.*, 1986b) verificou-se que a idade média no início do tratamento era de 31.6 anos.

Provavelmente, é de supor que a natureza da perturbação, em si, dificulte o seu reconhecimento e possa suscitar embaraço na procura de auxílio clínico.

Noutros casos, os pacientes procuraram ajuda, mas esta não se revelou eficaz.

Em qualquer dos casos, a fobia social parece tender para o agravamento dos sintomas e, habitualmente, estes não desaparecem por remissão espontânea.

QUADRO VI

Populações clínicas / Idade de início de tratamento

PAÍS	N.º INVEST.	N	MÉDIA IDADE
G. Bretanha	5	207	29.7
E.U.A.	3	53	36.5
Suécia	2	63	30.8
Holanda	1	34	31.0
Canadá	1	47	30.5
Austrália	1	71	36.7
	13	455	31.6

Eventualmente, a procura de ajuda clínica pode relacionar-se com o agravamento da sintomatologia e com o concomitante aparecimento de limitações na vida do paciente.

4. CURSO E EVOLUÇÃO

Como vimos anteriormente (quadro V), é a partir do fim da infância que a perturbação mais frequentemente se inicia.

No entanto, parece importante tentar caracterizar algumas das reacções típicas, inerentes ao relacionamento social no decurso do processo de socialização.

O bebé, entre os quatro e os nove meses, apresenta frequentemente receio quando se encontra na presença de adultos estranhos, em ambientes pouco familiares e apresenta reacções mais adversas quando já teve experiências prévias negativas ou quando o adulto manifesta uma abordagem física abrupta no seu contacto com a criança.

Tem-se, igualmente, reconhecido (v.g. Marks, 1987) que se a criança manifesta insegurança na relação com os outros, entre os doze e os dezoito meses, apresenta maior probabilidade de no futuro ter complicações na interacção social.

Aparentemente, estas reacções desaparecem por volta dos dois anos de idade para mais tarde, na adolescência, ressurgirem sob a forma de timidez (v.g. não olhar directamente ou só reagir verbalmente se for solicitado) e, num número mais circunscrito de casos, revestir-se sob a forma de fobia social, na vida adulta.

Deste modo, para a maioria dos sujeitos parece existir um hiato, entre os dois anos de idade e o fim da infância/início da adolescência, em que o receio de enfrentar os outros não é predominante nem significativo. Mas, a partir dos estudos clínicos, parece evidente que existem claras excepções a esta regra (ver quadro V).

Em qualquer dos casos, parece nítido que existem etapas de desenvolvimento do processo de socialização em que a interacção com os outros é geradora de reacções de natureza ansiogénica.

Resta, no entanto, saber se essas reacções são apenas inerentes ao processo de adaptação social ao mundo exterior, à aprendizagem de padrões de relacionamento social ou se existem factores bioquímicos e genéticos implicados.

Por exemplo, Serbin e Sprafkin (1987) argumentam que o nível hormonal verificado na altura do nascimento é predictor da timidez na infância e na adolescência.

Torgersen (1983) num estudo com gémeos monozigóticos e dizigóticos concluiu que existem factores genéticos susceptíveis de influenciar o aparecimento deste tipo de reacção fóbica.

Em relação ao curso da perturbação, sabe-se muito pouco. Solyom *et al.* (1986) ao estudar o curso de 47 fóbicos sociais, verificaram que nenhum tinha apresentado melhorias, 43.6% apresentavam um curso constante estático, 10.3% um curso constante pior, 25.6% um curso flutuante e 20.5% um curso fásico. Este estudo tem o mérito de demonstrar que a fobia social, num certo número de casos, não evolui de forma linear. Estes dados não são contraditórios com os de Shafar (1976) que apenas encontrou 5% de fóbicos sociais com um curso episódico. Interessante também é a constatação de Turner *et al.* (1986) de que a fobia social começa por apresentar reacções de ansiedade e só mais tarde dá lugar a comportamentos de evitação (pelo menos é isso que se pode induzir do facto de os doentes estudados terem uma duração média de ansiedade social de 20.9 anos e uma duração de evitação social de 15.6 anos).

5. LIMITAÇÕES

Apenas dois estudos norte-americanos (Liebowitz *et al.*, 1985a e Turner *et al.*, 1986a) investigaram algumas das limitações provocadas pela perturbação. Liebowitz *et al.* numa pequena amostra, verificaram que 18.2% tinham abandonado a escola, idêntica proporção estava incapacitada para trabalhar e 54.5% não faziam progressos profissionais devido à sua perturbação.

Turner *et al.* (1986a) verificaram que os fóbicos sociais tinham ou tinham tido dificuldades a nível escolar (84.6%) e a maior parte não fazia progressos a nível profissional (92.3%).

Estes dados são consistentes com a impressão clínica de que a fobia social pode implicar sérias limitações na vida social e profissional (v.g. DSM, 1987).

6. FACTORES ASSOCIADOS E COMPLICAÇÕES

A depressão parece ser o factor que mais frequentemente surge associado à fobia social. Shafar (1976) encontrou 5% dos sujeitos da sua amostra com uma personalidade depressiva; Amies *et al.* (1983) verificaram que 50% da sua amostra de fóbicos sociais apresentavam sintomas depressivos significativos e que 14% tinham uma história em que ocorreram actos parasuicidas (principalmente na mulher); Liebowitz *et al.* (1985a) verificaram que 45.5% da sua amostra apresentava uma história actual ou passada de depressão maior.

Não admira que uma das complicações mais frequentemente encontradas seja o abuso alcoólico. Nas investigações com fóbicos sociais Amies *et al.* (1983) verificaram que um quinto da sua amostra bebia em excesso ou apresentava dependência do álcool e Liebowitz *et al.* (1986a) 36.4%; por seu turno, Mattick e Peters (1988) e Turner *et al.* (1985a) constataram que o uso de álcool era frequentemente utilizado para aliviar os sintomas (75% e 50% dos casos, respectivamente).

Nas investigações com sujeitos alcoólicos Mulaney e Trippett (1979), numa amostra de 102 sujeitos, verificaram que 23.5% apresentava sintomas de fobia social e 33.3% eram definidos como «fobia social *border-line*»; Smail *et al.* (1984) verificaram que um quinto dos alcoólicos da sua amostra tinha fobia social.

Smail *et al.* (1984) investigaram os alcoólicos classificados como fóbicos sociais e tipificaram um conjunto de situações sociais em que o uso de álcool ajudava, ou usavam deliberadamente, a enfrentar situações sociais (ver quadro VII).

Na maior parte das situações sociais, a maioria dos sujeitos reconhecia que o álcool ajudava a enfrentá-las e um número significativo usava o álcool intencionalmente quando se encontrava em situações sociais difíceis (v.g. falar com pessoas com estatuto social superior).

QUADRO VII

Frequência de alcoólicos classificados como fóbicos sociais que acham que o álcool ajuda, ou usam deliberadamente, a enfrentar situações sociais

(valores em percentagem)

SITUAÇÕES SOCIAIS	ÁLCOOL	
	Ajuda	Usam deliberada
1. Falar com pessoas c/ estatuto super.	71	57
2. Comer com outras pessoas	71	42
3. Ser criticado	64	50
4. Ser olhado ou observado	64	36
5. Falar/actuar perante uma audiência	57	43

Adaptado de Smail *et al.*, 1984

Outra complicação bastante comum é a utilização de fármacos para alívio dos sintomas. Liebowitz *et al.* (1985a) e Turner *et al.* (1986a) verificaram que 9.1% e 52%, respectivamente, das suas amostras de fóbicos sociais utilizavam regularmente tranquilizantes para alcançar alívio dos sintomas; Mattick e Peters (1988) verificaram que 73% da sua amostra utilizavam diversos fármacos com o objectivo de aliviar os sintomas.

Apenas num estudo se faz referência (Amies *et al.*, 1983) à associação com a toxicod dependência; neste caso, apenas 1.1% dos fóbicos sociais estudados era toxicod dependente em relação a outras substâncias (exceptuandó o abuso alcoólico).

7. FACTORES PREDISPONENTES

Marks (1969) refere que 52% da sua amostra apresentava timidez na infância e que 45% tinham tido períodos de isolamento social depois do início da adolescência.

Shafar (1976) verificou que 35% dos sujeitos da sua amostra tinha tido uma infância infeliz ou perturbada e que em 20% este factor era o mais significativo no início da fobia.

Persson e Nordlund (1985) verificaram que as mulheres apresentavam em 25.8% dos casos um passado com sintomas neuróticos (v.g. roer as unhas, dores de cabeça) infantis.

Em relação aos factores precipitantes apenas a investigação de Solyom *et al.* (1986) lhe faz referência. Neste estudo, realizado no Canadá, 7% apresentava dificuldades a nível profissional, 10% dificuldades escolares, 19% tinha vivenciado uma crise familiar e 12% um episódio de «susto» na altura em que os sintomas de fobia social se tinham desencadeado.

Parece ainda existir alguma tendência para os fóbicos sociais pertencerem aos estratos sociais superiores. No estudo de Amies *et al.* (1986) os fóbicos sociais da amostra tinham, em média, concluído treze anos de escolaridade.

Estes dados das populações clínicas permitem hipotetizar que os fóbicos sociais de estratos sociais mais altos e/ou de maior nível educacional são mais frequentemente confrontados com exigências de desempenho social mais complexas.

No entanto, o parâmetro mais significativo no domínio da história pessoal e familiar é a tendência dos fóbicos sociais para viverem sem companheiro(a). Em sete investigações (ver quadro VIII) em que esse indicador foi pesquisado, cerca de 45% dos sujeitos não tinha companheiro(a). Se considerarmos que a média das idades era de 31.2 anos, torna-se nítida a existência de uma clara discrepância em relação à população em geral. Infelizmente, a maior parte dos estudos não esclarecia se os sujeitos já tinham tido experiência conjugal prévia. Em três deles (Amies *et al.*, 1983; Butler *et al.*, 1984 e Mat-

tick e Peters, 1988) verificou-se que 38.3% nunca tinha tido experiência conjugal e que 5.4% a tivera previamente (divórcio, viuvez).

Muito mais esparsos são os dados sobre a proporção de homens e mulheres solteiros. No estudo de Persson e Nordlund (1985) 74% das mulheres investigadas eram solteiras; na investigação de Butler *et al.* (1984), numa amostra com homens e mulheres, os primeiros viviam sem companhia em 65% dos casos, enquanto que só 21% das mulheres se encontrava numa condição similar.

Estes dados demonstram que um número significativo de fóbicos sociais apresentam dificuldades específicas e significativas no domínio da interacção social com sujeitos do sexo oposto. Turner *et al.* (1986a) verificaram que 50% dos sujeitos solteiros tinham dificuldades em se envolver numa relação heterossexual ou em estabelecer um nível de intimidade que possibilitasse o desenvolvimento de uma relação heterossexual duradoura.

A interacção afectiva e sócio-sexual é razoavelmente complexa e implica quase inevitavelmente o confronto com situações geradoras de ansiedade. É provável que um número significativo de fóbicos sociais tenha dificuldades neste domínio e, se considerarmos os papéis sociais atribuídos ao homem e à mulher na interacção sócio-sexual, é expectável que os homens tenham, a este nível, dificuldades mais significativas. Os dados disponíveis parecem demonstrar essa tendência, mas não são inteiramente esclarecedores.

9. DIAGNÓSTICO

Dixon *et al.* (1957) utilizaram o termo «ansiedades sociais» para descrever um vasto grupo de

QUADRO VIII

Populações clínicas / História familiar: estatuto conjugal

PAÍIS	INVESTIGAÇÃO	N	CASAD.	S/ COMPANH.
Suécia	Öst <i>et al.</i> , 1981	32	75.0	25.0
Grã-Bretanha	Amies <i>et al.</i> , 1983	87	62.0	38.0
Grã-Bretanha	Butler <i>et al.</i> , 1984	45	53.3	46.7
Suécia	Persson e Nordlund, 1985	31	25.8	74.2
Canadá	Solyom <i>et al.</i> , 1986	47	58.0	42.0
Austrália	Mattick e Peters, 1988	51	49.0	51.0
Grã-Brètanha	Shafar, 1976	20	55.0	45.0
		313	55.3 %	44.7 %

QUADRO IX

Populações clínicas / Características clínicas

SITUAÇÃO	TURNER ET AL. (1985 a) N = 21		MATICK E PETERS, 1988 N = 51 MEDO DE...	PERSSON E NORDLUND, 1985 N = 31 FOBIA MAIS SIGNIFICATIVA
	EVIT.	ANS.		
FALAR EM PÚBLICO	71.4	81.0	—	62.5
FALAR EM SIT. INFORMAIS	57.1	76.2	—	
COMER EM PÚBLICO	28.6	33.3	71.0	62.5
BEBER EM PÚBLICO	4.8	4.8	76.0	—
ESCREVER EM PÚBLICO	19.0	19.0	71.0	—
ESTAR EM LOCAIS PÚBLICOS	—	—	27.0	—
USAR WC	—	—	22.0	—
OUTRAS (1)	4.8	23.8	25.0 (2)	6.3

(1) - Inclui ser observado (trabalho, desporto, etc.).

(2) - Valor inflacionado porque os autores incluíram aqui o medo de falar em público

sintomas neuróticos caracterizados por manifestações ansiosas quando a pessoa interage, ou antecipa a interação com os outros.

Marks e Gelder (1966) utilizam o conceito de ansiedade social para descrever os doentes que «têm fobias das situações sociais e apresentam variavelmente timidez, medo de corar em público, comer em restaurantes, encontrar homens ou mulheres, ir a bailes ou a festas ou de tremer quando são o centro das atenções».

Marks (1970) propõe, talvez pela primeira vez, o termo fobia social para rotular uma condição similar à primeira e defende a necessidade de distinguir este quadro clínico das outras condições fóbicas: As classificações psiquiátricas internacionais (DSM III, 1980; DSM III-R, 1987 e ICD 10, 1988) viriam a apropriar-se deste ponto de vista, ao descreverem a fobia social como entidade nosológica autónoma.

Marks (1970) reconhecia que a fobia social apresentava uma ampla variedade de formas (v.g. comer, beber, falar, escrever, corar ou vomitar na presença de outras pessoas) (ver quadro IX), considerando as situações, as acções que o sujeito teria que desempenhar ou as reacções que ocorreriam quando se encontrava na presença de outras pessoas.

É pacífico que o fóbico social receia ser objecto de observação atenta por parte dos outros, que a exposição ao estímulo fóbico é geradora de ansiedade (ver quadro X) e/ou evitação, que considera o seu medo excessivo ou injustificado e que a perturbação lhe gera um sofrimento significativo.

QUADRO X

Populações clínicas / Diagnóstico:
sintomas neuro-vegetativos

SINTOMA	%
Palpitações	79
Tremuras	75
Suores	74
Tensão muscular	64
Sensação vazio no estômago	63
Boca/garganta seca	61
Exc. frio/calor	57
Corar	51
Dor/tensão cabeça	46
Fraqueza membros	41
Mal-estar geral	40
Desmaio/vertigens	39
Contr. musculares	37

(Adaptado de Amies *et al.*, 1983)

Contudo, isso não significa que não existe controvérsia e dificuldades no estabelecimento do diagnóstico.

Quando se procura avaliar uma fobia social é necessário ter presente variáveis como a situação em que se encontra, as pessoas com quem interage, as acções que tem que empreender, as reacções que lhe ocorrem e ainda critérios que permitam destringer o normal do patológico e este de outras entidades nosológicas.

Uma das controvérsias surgiu em torno da frequência das situações evitadas ou vivenciadas com um alto nível de ansiedade associado. A DSM III

(1980) sugeria que a fobia social mais frequente estaria ligada à vivência de ansiedade/evitação apenas numa situação específica. Por exemplo, Turner *et al.* (1986a) verificaram que essa não é a condição mais frequente (ver quadro XI) e tanto a revisão da DSM III (1987) como a ICD 10 (1988) vieram clarificar que as situações evitadas ou vivenciadas com alta ansiedade, podem variar quanto à sua frequência.

QUADRO XI

*Populações clínicas / Diagnóstico:
aspectos clínicos
Número de situações sociais que provocam
evitação e ansiedade*

ANSIEDADE E/OU EVITAÇÃO LIMITADA A:	EVITAÇÃO (%)	ANSIEDADE (%)
1 sit. social	14.3	9.5
2 sit. sociais	47.6	42.9
3 sit. sociais	19.0	38.9
4 sit. sociais	4.8	9.5
Média	1.9	2.5
Não evitavam, mas tinham ansiedade nas situações sociais		14.3 %

Adaptado de Turner *et al.*, 1986(a) N = 21

Aparentemente, esta controvérsia é inconsequente porque se limita a considerar apenas uma das variáveis em jogo; por exemplo, nos fóbicos sociais em que a variável crítica é a resposta (v.g. corar, vomitar, tremer na presença de outros) é frequente que a variável situacional não seja muito importante, apesar de, por vezes, a reacção ocorrer ou ser receada, em qualquer interacção social.

Quando a fóbico social tem que realizar qualquer acção na presença de outras pessoas (v.g. falar, comer, beber, escrever, etc.) o que está em jogo é a possibilidade de os outros observarem uma qualquer resposta ansiogénica (Kimberley e Devins, 1983, demonstraram que o mais frequente é os outros não notarem...) ou a observação crítica do seu desempenho. Neste caso, verifica-se um encadeamento acção-resposta em que o sujeito evita actuar ou actua muito ansioso, receando a ocorrência das reacções ansiogénicas que, por experiência prévia, surgem associadas a uma determinada situação social.

A variável «pessoas» com quem se encontra tem sido relativamente ignorada. No entanto, o sexo, o estatuto, a dimensão do grupo, a interacção social

prévia podem, por exemplo, determinar o grau de evitação ou a dimensão da reacção ansiosa experimentadas pelo fóbico social. Um certo número de fóbicos sociais apresentam dificuldades de interacção social com qualquer pessoa, mas o mais frequente é que essas dificuldades se circunscrevam a pessoas com características bem definidas (v.g. pessoas do sexo oposto).

Infelizmente, não existe ainda uma tipologia que explicita melhor alguns sub-tipos de fobia social, excepto à proposta sugerida na ICD 10 (1988) de classificar as fobias sociais em *discretas* (v.g. comer em público, falar em público ou ter um encontro com uma pessoa do sexo oposto) ou *difusas*, quando envolve quase todas as situações sociais fora do círculo familiar.

Ainda que sem lhe atribuir uma designação específica, esta última classificação psiquiátrica (ICD 10, 1988) coloca numa sub-categoria específica as fobias sociais em que o problema primário é a resposta ansiosa (v.g. corar, tremer, ter náuseas, vomitar) na presença de outras pessoas. Um número significativo de fobias sociais deste tipo generaliza facilmente para diversas situações sociais em que a resposta possa ocorrer. Temos, igualmente, a impressão clínica de que as fobias sociais inscritas nesta sub-categoria se podem desencadear em qualquer idade, a partir de um ou mais episódios em que a resposta indesejada ocorreu. Elas diferem das fobias sociais em que a variável mais importante é a observação do desempenho porque, nesta última condição, o sujeito pode exercer algum controlo, ou julga exercê-lo, sobre as acções que empreende (v.g. uma pessoa com receio intenso de falar em público «prepara» muito bem o seu discurso) quando se encontra sob o escrutínio de outras pessoas.

10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Na proximidade da fobia social, situa-se a *distúrbio de evitação da personalidade*, caracterizado por hipersensibilidade à rejeição, reticência no estabelecimento de relações sociais, evitação social, desejo de afecto e aceitação.

Até hoje não foi possível estabelecer uma clara distinção entre a fobia social e esta categoria de diagnóstico. A revisão da DSM III (1987) reflecte essa situação, ao considerar a existência de um tipo generalizado específico de fobia social em que na pertur-

bação fóbica que inclui a maior parte das situações sociais se deve considerar também o diagnóstico adicional de distúrbio de evitação da personalidade.

Greenberg e Stravynski (1985) referem que a maioria destes doentes reconhece que as suas dificuldades tiveram início na adolescência e que cerca de 60% destes pacientes não teve amigos na infância e apresenta uma história psiquiátrica prévia, em particular de depressão (35%) e «disfunção social» (22%).

Aparentemente, estes doentes pedem ajuda clínica um pouco mais tarde do que os fóbicos sociais; no conjunto dos estudos de Stravynski *et al.* (1982), Grenberg e Stravynski (1985) e Turner *et al.* (1986a) os doentes tinham em média cerca de 35 anos quando iniciaram o tratamento.

Complementarmente, nestes pacientes parece existir um predomínio de sujeitos do sexo masculino (cerca de 80% nos estudos de Stravynski *et al.*, 1982

e Turner *et al.*, 1986a) e na amostra de Stravynski *et al.* (1982) apenas 4.5% eram casados e 9% encontravam-se divorciados — 86.5% nunca tinha tido experiência conjugal.

Aparentemente, o distúrbio de evitação da personalidade é um síndrome mais grave do que a fobia social, a evitação do contacto social é mais evidente e pronunciada e o sujeito tende a concentrar as suas atenções nas reacções (frequentemente hipotéticas...) que os outros possam manifestar o seu respeito (v.g. sinais de rejeição, de falta de aceitação) e muito menos no seu desempenho ou na resposta ansiosa.

A *agorafobia* foi a perturbação fóbica melhor investigada (v.g. Amies *et al.*, 1983; Persson e Nordlund, 1985; Solyom *et al.*, 1986) no sentido de encontrar variáveis discriminantes (demográficas, etiológicas, sociais, sintomatológicas, etc.), comparativamente à fobia social.

No que respeita às variáveis mais pertinentes para estabelecer o diagnóstico diferencial, a síntese elaborada por Solyom *et al.* (1986) parece-nos contemplar os parâmetros mais significativos (ver quadro XII).

Em relação à *perturbação de pânico*: esta pode apresentar reacções secundárias de fobia social; no entanto, nalguns casos, a fobia social desencadeia-se a partir de um ataque de pânico (v.g. Solyom *et al.*, 1986) e noutros a perturbação de pânico surge num sujeito com fobia social prévia (v.g. DSM III, 1987). No primeiro caso, o diagnóstico a fazer é de fobia social e no segundo deve-se considerar o diagnóstico de fobia social, ainda que a perturbação de pânico seja o diagnóstico primário.

O diagnóstico diferencial pode ser estabelecido, considerando as seguintes variáveis:

- a) Na perturbação de pânico, os ataques são inesperados;
- b) Na perturbação de pânico devem-se excluir os episódios de ansiedade intensa quando o paciente é o centro das atenções (v.g. DSM III, 1987);
- c) Quando os fóbicos sociais são sujeitos a uma administração de uma infusão de lactato de sódio raramente apresentam uma reacção de pânico (v.g. Liebowitz *et al.*, 1985b);
- d) Os fóbicos sociais reagem positivamente aos medicamentos beta-bloqueantes (v.g. Gorman *et al.*, 1981);
- e) O prolapso da válvula mitral é mais frequente na perturbação de pânico (50%, Gorman *et al.*, 1981) do que na fobia social (27%, Chaleby e Giady, 1988).

QUADRO XII

Populações clínicas / Diagnóstico diferencial: agorafobia

PARÂMETROS	F. SOCIAL	AGORAFOBIA
SITUAÇÕES EVITADAS	Encontros sociais, festas, encontros com amigos e conhecidos	Multidões, lugares públicos, transportes públicos, estar sozinho
RESPOSTA	Corar, tremer, gaguejar	Pânico, dispneia, desmaio, taquicardia
ACTIVIDADE EVITADA	Falar, escrever, comer... na presença de outros	Viajar, fazer compras
PENSAMENTOS ANTECI-PATÓRIOS	O que me pode acontecer se corar, gaguejar, etc.	O que me acontece se desmaiar, perder o controlo...
MEDO EXPRESSO	Embaraço, perda de controlo	Pânico, perda de controlo, embaraço
CONSTÂNCIA DA RESPOSTA	Constante	Flutuante
AGENTES MODIFICADORES DA RESPOSTA	Cônjuge (alguns)	Presença de outros significativos
CURSO	Mais freq. estático 44%	Mais freq. flutuante e fásico 63%

Solyom *et al.*, (1986) N = 47

Em relação à *esquizofrenia*: por vezes, os esquizofrénicos podem parecer fóbicos sociais. Neste caso, a ansiedade social deve ser atribuída ao distúrbio primário (v.g. Liebowitz *et al.*, 1985a).

Em relação ao *distúrbio esquizóide de personalidade*: estes doentes apresentam isolamento social, mas não desejam nem mostram interesse em estabelecer relações sociais (v.g. DSM III, 1980; Liebowitz *et al.*, 1985a).

Em relação à *dismorfbia*: estes doentes podem evitar situações sociais, mas não julgam a ansiedade tola ou injustificada e não sentem alívio quando se afastam das situações sociais que tendem a evitar (v.g. Marks, 1987).

É igualmente importante considerar o diagnóstico diferencial noutras perturbações psíquicas em que o isolamento social é muitas vezes um factor secundário (v.g. Depressão Major, Neurose obsessivo-compulsiva, Distúrbio paranóide) ou quando as reacções de ansiedade e/ou evitação têm uma natureza diferente (v.g. perturbação de pânico, gaguez, anorexia e bulimia) ou quando os sintomas são predominantemente de raiz biológica (v.g. tremuras na doença de Parkinson).

Finalmente, é necessário distinguir a fobia social das reacções de ansiedade social «normal» (v.g. falar em público), ainda que não existam critérios rigorosos para descrever claramente o normal do patológico.

II. NOTAS FINAIS

A fobia social é uma perturbação fóbica deficientemente investigada, apesar de apresentar uma prevalência significativamente importante no conjunto das perturbações fóbicas.

Um número razoável das investigações que reenseamos usa critérios de diagnóstico pouco rigorosos e isso de alguma forma pode obnubilar as conclusões a que chegamos.

Com alguma frequência, a fobia social tem sido confundida com as disfunções sociais e/ou as inaptidões sociais resultantes de outras perturbações psíquicas (v.g. esquizofrenia). Esse fenómeno surge com muita frequência entre os investigadores que estudam o treino de aptidões sociais como uma forma de ajudar os doentes a ganhar autonomia e habilidades para vivenciar de forma mais adequada a vida quotidiana. O método de intervenção pode ser eficaz para

ambos os grupos mas, em nosso entender, é duvidoso que se possam alcançar conclusões seguras a partir de amostras amalgamadas, onde são incluídos fóbicos sociais, esquizofrénicos em fase de remissão, doentes com neurose obsessivo-compulsiva, etc.. Quando muito, pode-se chegar a alguma conclusão sobre a eficácia do método, mas mesmo essa é parcialmente obscurecida pelo facto de os doentes apresentarem dificuldades de interacção social que se radicam em bases etiológicas diversas.

Na esfera das intervenções psicoterapêuticas de raiz comportamentalista (v.g. exposição) existe evidência de que a fobia social não apresenta resultados tão satisfatórios como os obtidos noutras perturbações fóbicas (v.g. agorafobia).

Estes aspectos enfatizam a necessidade e a importância de investigar, de forma mais cuidadosa, a fobia social nos domínios da etiologia, do diagnóstico e do tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- A. P. A. (1980) — *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, A. P. A., Washington DC (trad. port. *DSM - Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*, Livros Técnicos e Científicos, Lisboa, 1986).
- A. P. A. (1987) — *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3 rd ed rev.), A. P. A., Washington DC.
- AMIES, P. L., GELDER, M. G., e SHAW, P. M. (1983) — «Social phobia: a comparative study», *Brit. J. Psychiat.*, 142: 174-179.
- ARRINDELL, W. A., EMMELKAMK, P. M. G., MONSMA, A., e BRILMAN, E. (1983) — «Perceived parental rearing practices in phobic disorders», *Brit. J. Psychiat.*, 143: 183-187.
- BUTLER, G., CULLINGTON, A., MUNBY M., AMIES, P., e GELDER, M. (1984) — «Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 52: 642-650.
- CHALEBY, K., e ZIADY, C. (1988) — «Mitral valve prolapse and social phobia», *Brit. J. Psychiat.*, 152: 280-281.
- DINARDO, P. S., O'BRIEN, G. T., BARLOW, D. H., WADDELL, M. T., e BLANCHARD (1983) — «Reliability of DSM III anxiety disorder categories using a new structured interview», *Arch. Gen. Psych.*, 40: 1070-1074.
- DIXON, J. J., MONCHAUX, C., e SANDLER, J. (1957) — «Patterns of anxiety: an analysis of social anxieties», *Brit. Med. Psychol.*, 30: 107-112.
- EMMELKAMP, P. M. G., MERSCH, P., VISSIA, E., e VAN DER HELM, M. (1985) — «Social phobia: cognitive and behavioral interventions», *Beh. Res. Ther.*, 23: 365-369.

- GORMAN, J. M., FYER, A. F., e GLIKLICH, J. (1981) — «Mitral valve prolapse and panic disorder: effect of imipramine in anxiety revisited» in Klein, D. F. e Rabkin, J. G. (eds) *Mitral Valve Prolapse and panic disorder*, Raven Press, New York.
- GREENBERG, D., e STRAVYNSKI, A. (1985) — «Patients who complain of social dysfunction», *Canad. J. Psychiat.*, 30: 206-216.
- KIMBERLEY, L., e DEVINS, G. M. (1983) — «Is increased arousal in social anxiety noticed by others?», *J. Abn. Psychol.*, 92: 417-421.
- LIEBOWITZ, M. R., GORMAN, J. M., FYER, A. J., e KLEIN, D. F. (1985) — «Social phobia: review of a neglected anxiety disorder», *Arch. Gen. Psychiat.*, 42: 729-736(a).
- LIEBOWITZ, M. R., FYER, A. J., GORMAN, J. M., DILLON, D., DAVIES, S., STEIN, J. M., COHEN, B. S., e KLEIN, D. F. (1985) — «Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders», *Am. J. Psychiatry*, 142: 947-950(b).
- MARKS, I. M. (1969) — *Fears and phobias*, Academic Press, New York.
- MARKS, I. M. (1970) — «The classification of phobic disorders», *Brit. J. Psychiat.*, 116: 377-386.
- MARKS, I. M. (1987) — *Fears, phobias and rituals*, Oxford Univ. Press, New York.
- MARKS, I. M., e GELDER, M. G. (1966) — «Different onset ages in varieties of phobia», *Am. J. Psychiat.*, 123: 218-221.
- MATTICK, R. P., e PETERS, L. (1988) — «Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 56: 251-260.
- MULLANEY, J. A., e TRIPPETT, C. J. (1979) — «Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance», *Brit. J. Psychiat.*, 135: 565-573.
- MYERS, J. K., WEISSMAN, M. M., TISCHLER, G. L., HOLZER III, CE, LEAF, P. J. ORVASCHEL, H., ANTHONY, J. C., e BOYD, J. H. (1984) — «Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities», *Arch. Gen. Psychiat.*, 41: 959-967.
- NICOLS, K. A. (1974) — «Severe social anxiety», *Brit. J. Med. Psychol.*, 47: 301-306.
- ÖST, L-G. (1987) — «Age of onset in different phobias», *J. Abn. Psychol.*, 93: 223-229.
- ÖST, L-G., FERREMALM, A., e JOHANSSON, J. (1981) — «Individual response patterns and different behavioral treatments of social phobia», *Beh. Res. Ther.*, 20: 445-460.
- PARKER, G. (1979) — «Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics», *Brit. J. Psychiat.*, 135: 555-560.
- PERSSON, G., e NORDLUND, C. L. (1985) — «Agoraphobics and social phobics: differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response», *Act. Psychiat. Scand.*, 71: 148-159.
- RAGURAM, R., e BHIDE, A. (1985) — «Patterns of phobic neurosis. A retrospective study», *Brit. J. Psychiat.*, 147: 557-560.
- SARTORIUS, N., JABLENKY, A. COOPER, J. E., e BURKE, J. D. (eds) (1988) — «Psychiatric classification in an interactional perspective», *Brit. J. Psychiat.*, 152 (sup. 1): 1-52.
- SERBIN, L. A., e SPRAFKIN, C. H. (1987) — «A developmental approach: sexuality from infancy through adolescence» in Geer, J. H. e O'Donohue, W. T. (eds), *Theories of Human Sexuality*, Plenum Press, New York.
- SHAFAR, S. (1976) — «Aspects of phobic illness - a study of 90 personal cases», *Brit. j. Med. Psychol.*, 49: 221-236.
- SHAW, P. (1979) — «Three behaviour therapies of social phobia», *Brit. J. Psychiat.*, 134: 620-623.
- SMAIL, P., STOCKWELL, T., CANTOR, S., e HODGSON, R. (1984) — «Alcohol dependence and phobic states: I. A prevalence study», *Brit. J. Psychiat.*, 144: 53-57.
- SOLYOM, L., LEDWIDGE, B., e SOLYOM, C. (1986) — «Delineating social phobias», *Brit. J. Psychiat.*, 149: 464-470.
- S. P. C. (SERVIÇO DE PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL) (1986) — *Estatística por categorias de diagnóstico das primeiras consultas de 1986*, Arquivo SPC, Hosp. Júlio de Matos, Lisboa.
- STRAVYNSKI, A., MARKS, I. M., e YULE, W. (1982) — «Social skills problems in neurotic outpatients», *Arch. Gen. Psychiat.*, 39: 1378-1385.
- TORGENSEN, S. (1983) — «Genetic factors in anxiety disorders», *Arch. Gen. Psychiat.*, 40: 1085-1089.
- TURNER, R. M., MELES, D., e DITOMASSO, R. (1983) — «Assessment of social anxiety: a controlled comparison among social phobics, obsessive-compulsive, agoraphobics, sexual disorders and simple phobic», *Beh. Res. Ther.*, 21: 181-183.
- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., DANCU, C. V., e KEYS, D. J. (1986) — «Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder», *J. Abn. Psychol.*, 95: 389-394(a).
- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., e LARKIN, K. T. (1986) — «Situational determinants of social anxiety in clinic and non-clinic samples: physiological and cognitive correlates», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54: 523-527(b).

RESUMO

Apresenta-se uma revisão da literatura científica de parâmetros da história natural da fobia social como a prevalência, a distribuição por sexos, a idade de início e a duração da perturbação, o curso e evolução, as limitações e insuficiências que provoca, os factores predisponentes e associados e a sua história familiar.

Para além disso, discutem-se diversos aspectos relacionados com o diagnóstico de fobia social e com o diagnóstico diferencial relativamente a outras perturbações psíquicas.

SUMMARY

The author reviews the scientific literature regarding aspects of the natural history of social phobia such as its prevalence, sex distribution, age of onset and duration, its

evolution, the limitations and restrictions it imposes, predisposing and associated factors and family history. Furthermore, various aspects connected with the diagnosis of social phobia and with the differential diagnosis with other psychological disturbances are discussed.